

# ラポールの会入会登録票

記載日（平成20年 月 日）

氏名（ふりがな）		生年月日		年齢	性別
（ ）		（明・大・昭・平） 年 月 日		才	男・女
住所				名簿への記載	
（〒 - ）				可	否
電話番号	名簿への記載		携帯番号	名簿への記載	
（ ）	可	否		可	否
FAX番号	名簿への記載		Eメールアドレス	名簿への記載	
（ ）	可	否	@	可	否
がんを経験された方			初発（年月・部位など）		
本人	家族（本人との続柄： ）				
その後の経過					
現在の様子（治癒の方は治癒したとみなした年月も記入）					
参加を希望する活動（下記1～10の中から該当する項目を選び に燻を入れてください）					
チェック欄	番号	活動内容			
	1	会員同士がそれぞれ抱えている悩みや不安を語り合う場に参加したい			
	2	治癒の節目を迎えた方をみんなで祝福する会に参加したい			
	3	現在治療中の患者さんを招いて勇気づける会に参加したい			
	4	サイモントン療法やアロマセラピーの勉強会に参加してみたい			
	5	自然治癒力向上のための食事の勉強会や料理講習会に参加したい			
	6	自然治癒力向上に望ましい食材やサプリメントの勉強会・共同購入に参加したい			
	7	様々な代替医療について会員同士で情報や体験を共有する会に参加したい			
	8	がん統合医療の専門家にカネリング（カナド 北ニカ）をお願いしたい			
	9	がん統合医療の専門家の講演会に参加したい			
	10	様々ながん統合医療は自然治癒力に関する本を借りて読んでみたい			
	11	その他 （自由記入欄）			
参加しやすい曜日		参加しやすい時間帯			
上記活動に対する参加の程度（下記から該当する項目を選び に燻を入れてください：複数回答可）					
役員をしたい		企画段階から参加したい		準備を手伝いたい	
当日参加したい					
自由意見欄					

このシートは会員名簿の作成と活動内容の充実を目的として入会時に記入いただくシートです。したがって、氏名・自宅住所・連絡先以外のすべての個人情報につきましては本人の同意なく開示することはありませんのでご安心ください。なお、自宅住所と連絡先の会員名簿への記載につきましては各項目の左欄の「名簿への記載」の下にある「可」または「否」のどちらかに をつけてください。